

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 130

DU TRAITEMENT DE LA COXALGIE

PAR LE

CURETTAGE SUIVI DE PLOMBAGE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice-Victor-Edouard MARTIN

Né à BESANÇON (Doubs), le 17 Septembre 1877



IMPRIMERIE P. COLOMBIER
6 et 8, Rue des Maisons-Neuves, 6 et 8
VILLEURBANNE

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 130

DU TRAITEMENT DE LA COXALGIE

PAR LE

CURETTAGE SUIVI DE PLOMBAGE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

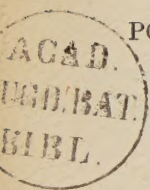
Maurice-Victor-Edouard MARTIN

Né à BESANÇON (Doubs), le 17 Septembre 1877



IMPRIMERIE P. COLOMBIER
6 et 8, Rue des Maisons-Neuves, 6 et 8
VILLEURBANNE

—
1909



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ.....	DOYEN.
J. COURMONT.....	ASSESEUR.
LORTET.....	DOYEN HONORAIRE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. LEPINE.
Cliniques chirurgicales.....	TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Physique médicale.....	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle et médicale....	HUGOUNENQ.
Anatomie.....	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....	BEAUVISAGE.
Physiologie.....	GUIART.
Pathologie interne.....	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	RENAUD.
Anatomie pathologique.....	MORAT.
Médecine opératoire.....	ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.....	COLLET.
Médecine légale.....	PAVIOT.
Hygiène.....	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....	ARLOING.
Pharmacologie.....	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale.....	MM. BERARD,	agrégé.
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND—	—
Hygiène administrative.....	LESIEUR.	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embriologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LEPINE.	NOGIER.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	MOUNEYRAT.
COURMONT P.).	GAYET.	MARTIN (EL.).	LATARJET Ch....
CHATIN.	MOREL.	LAROYENNE.	BERIEL Ch....
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE	VORON.	BRETIN Ch....
TIXIER.	PATEL.		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ROLLET, président ;

MM. BÉRARD, assesseur ; PATEL et LAROYENNE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

ET DE MA MÈRE

A LA MEMOIRE DE MON FRÈRE

▲ MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Professeur de Clinique Ophtalmologique

Chevalier de la Légion d'honneur

A TOUS NOS ANCIENS MAÎTRES

Monsieur le docteur Vignard, chirurgien de la Charité, nous a donné l'idée de cette thèse et nous en a fourni les documents, ses conseils nous ont permis d'amener à bien notre modeste travail. Qu'il veuille bien accepter nos sincères remerciements.

Monsieur le professeur agrégé Bérard, chirurgien des hôpitaux, a bien voulu accepter de faire partie du jury de notre thèse, nous lui en exprimons toute notre gratitude.

Nous remercions également MM. les professeurs agrégés Laroyenne et Patel, qui ont accepté d'être nos juges.

Nous assurons de toute notre sympathie notre ami, le docteur Thévenet, interne des hôpitaux, dont la collaboration nous fut très précieuse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Dans cette étude, nous aurons en vue surtout le manuel opératoire du curettage de la hanche et ses résultats éloignés. Nous avons désigné sous le nom de curettage, cette intervention sanglante sur la hanche parce que c'est une intervention essentiellement atypique. L'opérateur se guide avant tout sur les lésions osseuses et l'ablation des parties malades peut être ou très faible ou très étendue ; dans ce dernier, cas l'opération arrive à être une véritable résection. Mais ce n'est qu'au cours de l'opération que le chirurgien peut juger de la conduite à tenir, l'examen clinique ne lui fournit que des présomptions, même avec l'aide de la radiographie.

Nous envisagerons surtout les résultats éloignés de cette intervention. Pareille opération ne peut se juger que par ses résultats éloignés : la coxalgie étant une affection susceptible de guérir par la simple immobilisation, l'intervention sanglante ne sera justifiée que si, en premier lieu, elle ne fait courir aucun danger au malade et, en second lieu, si elle lui procure le bénéfice d'une guérison plus rapide et un état fonctionnel meilleur. C'est seule-

ment à ces deux derniers points de vue que nous nous occuperons du curettage de la hanche dans la coxalgie, car la mortalité opératoire nous semble peu grave. Parmi ses réséqués, M. Vignard n'a eu que deux morts, l'une immédiate, l'autre éloignée.

Nous allons les résumer brièvement :

D... Lucie, 9 ans. — Coxalgie gauche ayant débuté en 1903 et suppuré depuis 1905 ; ponctions et plâtres successifs, injections modificatrices. En présence de la suppuration interminable, de l'œdème des jambes et de l'albuminurie, on se décide à une résection de la hanche. On tombe sur des lésions diffuses de l'os iliaque et de l'extrémité supérieure du fémur qui est entièrement détruite. Plombage immédiat. Mort de Schock, 48 heures après.

Il semble difficile de tenir compte de ce cas. C'était une maladie qui se présentait dans des conditions extrêmement mauvaises. Elle devait être considérée comme désespérée. C'était la deuxième fois que M. Vignard pratiquait cette opération ; encouragé par un premier succès, il crut pouvoir tenter l'impossible ; actuellement, aucune intervention ne serait dirigée sur cette malade, les indications de la méthode étant mieux posées.

La deuxième mort s'est produite dans les conditions suivantes :

R... Germaine. — Coxalgie droite. Tumeur blanche du coude droit. Points de tuberculose cutanée multiples. Tumeur blanche tibio-tarsienne droite. L'enfant fut opérée le 28 mars 1908 ; elle présenta une suppuration interminable et présenta des poussées

de tuberculose en divers endroits. Elle finit par mourir en avril 1909, un an après l'opération, de méningite tuberculeuse.

Ce cas est le seul que l'on puisse équitablement mettre sur le compte de la méthode; c'est évidemment un échec, puisque la cicatrisation de la plaie ne fut jamais complète. Cependant, en présence de la multiplicité des lésions, on peut penser que la même évolution fatale se serait produite si l'on ne fût pas intervenu.

Bref, M. Vignard a pratiqué treize fois le curettage de la hanche suivi de plombage. En éliminant le premier cas cité, on peut dire qu'il n'y a pas eu une seule mort opératoire: soit douze cas sans une mort.

Au point de vue résultats éloignés, on peut dire que sur douze cas la méthode a subi un échec (deuxième cas cité plus haut); mais l'opération avait été faite sur une enfant présentant des localisations tuberculeuses multiples.

CHAPITRE I

Notions historiques sur la résection de la hanche dans la coxalgie.

Comme pour beaucoup d'autres affections, la thérapeutique de la coxalgie a subi des fluctuations diverses, suivant les chirurgiens qui s'en sont occupés. Après une première phase où tout le monde réséquait, il s'est bientôt produit un revirement ; la résection de la hanche était une mauvaise opération, digne de tomber dans l'oubli. Peut-être aujourd'hui sommes-nous à la veille de voir la résection de la hanche renaître sous un autre nom et prendre une plus grande place dans la chirurgie.

L'histoire de la résection de la hanche est toute récente. Avant Ollier, c'était une opération d'exception, elle était mal réglée, ses résultats immédiats désastreux. A ce moment, on attribuait encore la suppuration à des influences atmosphériques ou saisonnières, l'antisepsie et l'asepsie étaient inconnues. L'ouverture d'une articulation comme la hanche équivalait presque à un arrêt de mort.

L'apparition de l'antisepsie devait permettre à Ollier la réussite de ses expériences sur la régénération osseuse. En appliquant ses recherches à la chirurgie, il bouleversait complètement la thérapeutique chirurgicale des affections des membres. Il traçait des incisions économiques, ménageant les organes, et montrait que pour avoir un bon résultat fonctionnel, il fallait ménager les insertions musculaires. La méthode sous-périostée lui permettait d'arriver à ce résultat.

A sa suite et sous son impulsion, la chirurgie des tumeurs blanches prit un nouvel essor. Tout le monde réséqua et l'on tomba dans l'excès, on réséqua à tort et à travers, sans tenir compte des indications posées par le maître.

On fit des résections précoces pour la coxalgie, on la pratiqua surtout en Allemagne toutes les fois qu'on craignait la formation d'un peu de pus. Après avoir accumulé des mémoires dithyrambiques proclamant *urbi et orbi* des résultats merveilleux obtenus en quelques semaines, résultats curatifs et fonctionnels parfaits obtenus par centaines !... les chirurgiens allemands paraissent en proie aux affres de la déroute et l'un d'eux, se faisant l'interprète du découragement général, a été jusqu'à dire dans un des derniers Congrès des chirurgiens allemands : « La résection de la hanche est une opération dont on ne doit plus s'occuper... ».

C'est ce qu'écrivait Vincent en 1894. On avait été trop loin en Allemagne et l'on avait dépassé de beaucoup les indications posées par Ollier, le pro-

moteur de la méthode. L'heure n'était pas encore venue des résections hâtives. Une asepsie trop imparfaite rendait dangereuses les suites opératoires. On gardait une vaste plaie articulaire béante, qui mettait des mois et des années à se cicatriser, lorsqu'elle y parvenait. On ne pouvait empêcher la repullulation fouguese et on gardait dans un milieu hospitalier des enfants qui avaient besoin de grand air. Des enfants opérés avec un état général relativement bon ne tardaient pas à s'affaiblir sous l'influence de la suppuration. De plus, ils restaient exposés aux généralisations viscérales.

La réaction fut excessive. On en arriva à proscrire à peu près complètement la résection dans la coxalgie, et à rejeter une grande partie des indications posées par Ollier. Ce revirement fut favorisé par l'apparition des injections modificatrices préconisées par Lannelongue, puis récemment par Calot. On espéra étouffer les produits tuberculeux avec quelques injections. Les résultats restèrent médiocres. Comment guérir avec des injections un malade porteur d'un séquestre ? Cette thérapeutique était insuffisante, le traitement de la coxalgie gardait de grosses imperfections.

Récemment, Ménard essayait de faire bénéficier la coxalgie des perfections récentes de l'asepsie et il tentait le curettage précoce dans la coxalgie. L'opération fut pratiquée dix-huit fois. Les résultats n'encouragèrent pas l'auteur à persévérer dans cette voie : « En présence des graves conséquences de la fistulation dans la coxalgie, il nous avait paru oppor-

tun de chercher par tous les moyens, même au prix d'une opération, à éviter ce danger ; ce fut l'origine du curettage intégral de la hanche que j'ai, depuis, à peu près abandonné. La fréquence des fistules ou des abcès consécutifs à cette opération hâtive nous a montré trop peu de différence entre les suites de l'opération suivie de réunion et de l'opération suivie du drainage large ».

Ces constatations contiennent un enseignement précieux. Malgré tous les soins que l'on apporte à une résection, la réunion *per primam* reste aléatoire et exceptionnelle. C'est que l'hémostase est difficile, la tranche osseuse suinte toujours plus ou moins abondamment, il se forme des hématomes qu'il faut évacuer. De plus, le curettage de la hanche entraîne la formation de cavités que rien ne vient combler et au niveau desquelles se fait un suintement séro-hématique. Les pansements nécessités par ce suintement exposent à des infections secondaires presque fatales et l'on arrive ainsi aux accidents mêmes que l'on voulait éviter par l'opération.

Aussi l'année dernière, à la Société de Chirurgie de Lyon, M. Vignard, en présentant un cas d'arthrite tibio-tarsienne, guéri par la résection de l'astragale suivie de plombage, faisait remarquer que « le drainage était destiné dans les arthrites tuberculeuses, moins à éliminer les produits tuberculeux qu'à permettre l'écoulement des liquides sécrétés par les cavités ainsi créées. En outre, la nécessité de nombreux pansements rendait inévitables les infections secondaires, et pour cette raison encore le drainage était indispensable ».

Toutes les manipulations exposent fatalement à l'infection. La réunion par première intention ou à peu près est donc la condition indispensable de la résection précoce dans la coxalgie. Sans elle, cette opération n'est plus justifiée.

Ollier s'était déjà rendu compte de ces inconvénients dans la chirurgie osseuse et, pour abréger les suites opératoires, il avait cherché un mode de pansement capable d'être laissé à demeure et de supprimer l'espace mort, inévitable après la plupart des interventions sur le système osseux. Il avait essayé de remplir les cavités articulaires avec de l'iodoforme, mais cet antiseptique avait donné des accidents graves qui en avaient fait rejeter l'emploi. Depuis on se contentait de bourrer les cavités avec de la gaze iodoformée.

Le mélange de Mosetig semble remplir toutes les indications demandées : présence d'une substance résorbable capable de supprimer l'exsudation et le suintement sanguin, mélange antiseptique ayant une activité suffisante pour empêcher une infection grave et pour rendre sans gravité une infection légère ; enfin, l'iodoforme ainsi utilisé ne donne pas lieu à des accidents d'intoxication, bien que la quantité injectée soit considérable et que le mélange soit résorbé, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par l'examen des urines ou de la salive.

CHAPITRE II

Mélange de Mosetig

Bien avant Mosetig, on avait essayé de combler les pertes de substance osseuse. Les premières tentatives dans cet ordre d'idées visaient l'obturation des cavités osseuses au moyen de greffes osseuses, puis on essaya des greffes musculaires ou cutanées. Ces essais ne furent pas poursuivis.

Après avoir essayé des substances organiques pour remplir les cavités osseuses, on essaya des substances inorganiques. Dressmann, en 1892, le premier, expérimenta le « plombage osseux », il se servait d'une bouillie plâtrée faite avec une solution d'acide phénique à 5 0/0. Puis, en 1893, Martin essaye sur des animaux le ciment dentaire. Puis Mauclair, Marion, etc., se servent d'un alliage métallique ; mais ce corps étranger n'est pas toléré, il est éliminé et dans un cas des accidents infectieux survinrent, d'allure si grave, qu'il fallut faire une amputation.

Il y a quelques années, M. Bérard (Soc. Chirurg. de Lyon, 30 janvier 1908), avait essayé de remplacer le mélange de Mosetig par d'autres préparations plus consistantes, telles que les paraffines aux sels d'Ag et divers ciments plus ou moins analogues à ceux des dentistes. Mais, malgré toutes les précautions d'asepsie prises, ces diverses préparations ont été mal tolérées et se sont plus ou moins rapidement éliminées.

En somme, à l'heure actuelle il n'y a qu'un seul mélange qui soit utilisé, c'est celui de Mosetig.

Il se compose de :

Iodoforme	40 parties
Huile de Sésame	30 »
Blanc de baleine. . . .	30 »

Malgré cette proportion assez forte d'iodoforme, 40 pour 60, M. Vignard n'a jamais observé d'accidents d'intoxication, bien que la quantité de mélange introduite ait pu atteindre 150 grammes.

Le mélange est stérilisé au bain-marie et enfermé dans des flacons en étain à parois souples.

Emploi du mélange. — Le mélange peut être introduit directement dans la cavité osseuse, M. Bérard a fait construire des canules de longueur et de courbure variées permettant de porter directement le mélange au niveau de la cavité à combler. Les canules offrent l'inconvénient de se refroidir assez rapidement, le mélange en passant dans le tube se solidifie, obstrue la lumière ; il suffit alors de tremper la canule dans de l'eau chaude stérilisée.

Consistance du mélange.— Au début, on employait le mélange à l'état liquide ; s'il se produisait un petit suintement, on voyait l'émulsion s'éliminer assez vite, et sourdre entre les lèvres de la plaie des gouttelles d'huile tenant en suspension de l'iodoforme ou du blanc de baleine. C'est pour parer à cet inconvénient que différents auteurs avaient essayé de mélanges plus consistants.

M. Vignard emploie le mélange à l'état pâteux. A ce moment le mélange présente la coloration jaune bouton d'or, sa consistance est alors celle d'un véritable mastic qui se moule exactement sur les parois de la cavité à combler. De plus, sa dureté est suffisante pour exercer sur les parois une compression capable d'arrêter le suintement qui pourrait se produire. A ce degré de consistance, le mélange se prête bien à la compression, il peut être tassé avec le doigt, ou mieux avec un petit tampon de gaze auquel il n'adhère pas. La cavité étant comblée, on essuie soigneusement les débris de mélange qui se sont disséminés dans les parties molles et qui pourraient gêner la réunion par première intention. Puis les parties molles sont suturées par dessus.

CHAPITRE III

Technique Opératoire

Diverses voies d'accès ont été proposées pour aborder l'articulation coxo-fémorale. Dans l'opération telle que la pratique M. Vignard, il est nécessaire d'utiliser une incision économique, ménageant au maximum les parties molles. D'autre part, nous ferons remarquer que l'opération s'adressant à des cas différents de ceux auxquels s'adressaient à des résections anciennes, il n'est plus besoin d'une voie assurant un large drainage de l'article.

Ollier avait préconisé le procédé dit de la tabatière, dans lequel on fait une incision arciforme passant au-dessous du grand trochanter et suivie de la section et du relèvement préalable du sommet du grand trochanter, c'est cette voie qu'a suivie Vincent dans ses résections.

M. Vignard, pour pratiquer ses curettages de la hanche, a utilisé l'incision de Schede, dans laquelle

aucun muscle n'est sectionné ni aucun vaisseau important.

Incision. — L'incision part de l'épine iliaque antéro-supérieure et descend verticalement pour passer entre le couturier et le tenseur du *fascia lata*. Cette incision, outre qu'elle passe dans une région où il n'y a que des artérioles sans importance, offre l'avantage de conduire directement sur les abcès qui sont le plus souvent antérieurs.

Si un abcès se présente, il est vidé au moyen de la trompe à eau, on nettoie la poche avec la curette, on l'assèche avec le thermocautère, et on tamponne avec de la gaze.

Plans profonds. — Dans ce temps, on arrive sur la capsule en passant dans les interstices musculaires. Le tenseur du *fascia lata* est récliné en dehors, le couturier en dedans. Puis on passe entre le droit antérieur en dehors et le psoas en dedans. Pendant cette manœuvre, on peut se repérer facilement en commandant à un aide de faire exécuter, au moyen du pied, des mouvements de rotation en dedans ou en dehors.

La capsule est alors découverte sur toute la région du col et de la tête, elle est incisée longitudinalement et au besoin débridée par un coup de ciseau dans le sens transversal. Au moment de l'ouverture de la capsule, il s'écoule souvent une grande quantité de pus ou de sérosité louche, qu'il est nécessaire d'évacuer immédiatement par aspiration. Les parois de la plaie seront essuyées, des

mouvements seront imprimés à l'article pour faire sortir tout le liquide, et ce n'est que lorsque l'articulation sera complètement sèche, que l'on passera au temps suivant.

Curettage de l'articulation. — Avant de décider l'opération, il sera bon de faire pratiquer, dans tous les cas, une radiographie des deux hanches. Cette image permettra de se rendre compte des lésions et de leur étendue. On risquera moins de laisser un foyer de tuberculose dans les cas graves, la recherche des lésions est chose facile ; la capsule ouverte, on voit sourdre du pus, puis l'os apparaît dénudé, friable, atteint d'ostéïte. Dans les cas légers, ou à tubercule central, la radiographie est presque indispensable pour éviter les tâtonnements et mener directement sur le foyer infectieux. Suivant la gravité du cas devant lequel on se trouve, la conduite est un peu différente.

Cas légers. — A l'incision de la synoviale, il sort ordinairement un peu de liquide. On l'assèche et ensuite on explore l'os à l'aide d'un stylet à l'endroit supposé malade. On trouve ainsi une partie plus friable que l'on enlève à la curette ; on poursuit le curettage jusqu'à ce que l'on arrive sur l'os sain. Si cette manœuvre ne conduit pas sur le cotyle, ou si elle donne sur cette cavité un jour insuffisant, il est nécessaire d'avoir recours à une nouvelle manœuvre. On prend alors une fraise et l'on perfore la tête fémorale, on creuse ainsi dans la tête fémorale un véritable tunnel. On agrandit le trou à l'aide

d'une curette tranchante. Le cotyle est soigneusement exploré, tous les points suspects sont enlevés et grattés.

Pendant toutes ces manœuvres, un aide imprime au membre des mouvements de rotation de façon à découvrir toute la tête et le col fémoral. Si besoin est, le ligament rond peut être sectionné, alors la tête est facilement luxée au dehors et l'on découvre de façon parfaite tout l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, un miroir frontal ou une lampe facilitent cette exploration. Dans tous les cas, il est nécessaire que tous les points explorés ou suspects soient facilement accessibles, afin que l'on puisse y couler facilement le mélange.

Cette méthode de perforation de la tête fémorale paraît sans grand inconvénient. Elle respecte la forme générale de l'os, et en tous cas, presque toujours son bord supérieur. La partie subsistante de l'os est suffisante pour assurer l'édification de nouvelles travées osseuses pour conserver au squelette sa forme générale et garder au membre sa solidité. De plus, cette manière de faire, dans laquelle l'os est en partie respecté et la capsule incisée seulement dans sa partie antérieure, empêche la luxation, toujours à craindre, de l'extrémité du fémur dans la fosse iliaque.

Cas graves. — Les premiers temps de l'opération sont identiques à ceux de l'opération précédente. Ils peuvent différer seulement en ce que, en voulant aborder l'article, on rencontre un abcès. Il sera

traité comme nous l'avons indiqué plus haut, c'est-à-dire que le pus sera aspiré et les parois de l'abcès enlevées ou soigneusement curettées, car il est de toute nécessité que la plaie opératoire ne soit pas inoculée.

A l'incision de la capsule, dans les cas graves, il s'écoule ordinairement du liquide séro-purulent ou franchement purulent. Le pus est asséché soigneusement et lorsque le champ opératoire est à sec, on explore le col et la tête fémorale. Ordinairement ces lésions osseuses sont dénudées, en partie dégénérées; les portions malades s'enlèvent facilement à la curette. Si ce curettage n'a pas conduit dans la cavité cotyloïde on perfore la tête au moyen de la fraise et on explore le cotyle. Dans ces cas, il est de haute nécessité d'explorer soigneusement le fond du cotyle, car dans ces formes graves, l'arrière cavité de l'articulation est souvent perforée. S'il existe un abcès pelvien, il est évacué au moyen de la trompe à eau. Le col et la tête fémorale sont curettés suivant l'étendue de leurs lésions; dans ces cas avancés, le curettage aboutit souvent à une véritable résection, et l'on voit le col et la tête fémorale s'en aller morceaux par morceaux. Si l'état de l'os le permet, on conservera autant que possible le bord supérieur du col et une partie de la circonférence supérieure de la tête, de façon à garder un arc-boutant qui empêchera la luxation du fémur dans la fosse iliaque. Cette portion d'os respectée est suffisante pour assurer à l'aide de l'os nouveau édifié dans la suite, la solidité du membre.

C'est surtout dans ces cas où l'on intervient largement que le ligament rond est souvent coupé. On peut alors luxer en dehors du cotyle ce qui reste de la tête et poursuivre le nettoyage de l'articulation dans de meilleures conditions. On trouve souvent de grandes franges fongueuses qui sont enlevées à la pince et aux ciseaux ; quant aux morceaux de cartilage et aux morceaux d'os, on peut les enlever à la curette, cependant il est plus commode de se servir d'une pince-gouge spéciale, recourbée en forme de crosse de pistolet, construite sur les indications de M. Vignard.

La cavité cotyloïde sera soigneusement curettée ; on est souvent amené à enlever une partie du sourcil cotyloïdien. On respectera autant que possible la forme de cette région osseuse, de façon à donner un appui à la tête fémorale. Il ne faut pas craindre au cours de cette exploration de pénétrer dans le bassin, cette manœuvre paraît sans danger.

L'opération terminée, on assèche soigneusement la cavité à l'aide de l'aspiration, on la débarrasse, avec des tampons, de tous les débris osseux, puis on finit d'assécher avec l'air chaud. On fait les ligatures des vaisseaux sur lesquels on a été obligé de mettre une pince. En général, il suffit de deux ligatures sur une artériole superficielle. Les plans profonds souvent ne saignent pas, quelquefois on est obligé de lier une petite artère capsulaire.

Puis, la cavité est désinfectée au moyen d'un tampon imbibé d'eau oxygénée pure. Ce tampon est laissé à demeure et par dessus on bourre des autres

tampons pour remplir la cavité. Les plans superficiels sont suturés aux fils métalliques ; ces fils sont liés provisoirement sur des tampons, de façon à faire de la compression et ils sont coupés très longs.

Drainage. — Dans la plupart des cas, M. Vignard draine l'article, une contre-ouverture est pratiquée à la face externe de la cuisse et un drain passé dans cette ouverture et débouchant au fond de la plaie. L'écoulement des liquides est ainsi assuré. Le drain est maintenu après le plombage.

Plombage de l'articulation. — Le plombage se fait le deuxième ou troisième jour. La technique est celle indiquée plus haut. Le mélange est introduit à l'état pâteux, au moment où sa coloration est jaune d'or, et bien tassé au moyen de petites compresses. Il faut veiller à ce que le drain ne soit pas bouché par le mélange et à ce que son orifice soit placé au-dessus du plombage, car les liquides qui peuvent suinter viennent surnager au-dessus du mélange. Les parties molles sont débarrassées avec soin des particules du mélange et les fils métalliques superficiels sont serrés comme pour une plaie opératoire.

Suites opératoires. — Dans les premiers jours qui suivent le curettage il est fréquent de voir une élévation de T pouvant atteindre 39° et même 40. Dans un cas récent de M. Vignard, la T, trois heures après l'opération, s'était élevée à 40°. Il s'agissait d'un enfant de 11 ans atteint d'une ostéite assez avancée du col et de la tête fémorale. La synoviale était très

fongueuse et le liquide intra-articulaire abondant et séro-purulent. Cette hyperthermie fut très bien supportée par le petit malade ; son état général ou local ne fut jamais inquiétant. Cette élévation de T fut mise sur le compte de la résorption des toxines tuberculeuses ; les suites opératoires le démontrèrent car la fièvre s'abaissa à 38° au bout de trois jours, l'enfant fut plombé et les suites opératoires furent habituelles.

Les pansements qui suivent l'opération sont ordinairement rares. On fait un pansement épais que l'on change lorsqu'il est traversé. Ordinairement, trois ou quatre pansements suffisent pendant les premiers jours. Au bout de quinze jours, ou même avant si la plaie donne peu, on fait le plâtre définitif.

Si l'on n'a pas fait de drainage, il peut se former des épanchements séro-hématiques, il ne faut pas les drainer mais seulement les ponctionner.

CHAPITRE IV

Soins consécutifs. — Immobilisation. — Attitude du membre. — Soins éloignés.

Pendant les pansements, un aide doit maintenir la cuisse en bonne position, de façon à éviter une secousse qui pourrait produire une fracture.

Avant l'opération, dans les jours qui précèdent, on a placé une botte plâtrée remontant au-dessus du genou et à laquelle sont fixées deux bandes, au moyen desquelles on fera une traction continue. Après le premier pansement, on applique par-dessus une bonne attelle plâtrée antérieure en T; la branche verticale de l'attelle descendant jusqu'au genou, de façon à recouvrir la partie supérieure de la botte plâtrée. Puis l'enfant est porté dans son lit et mis en traction, le membre étant placé en légère abduction.

Au bout de 15 jours ou un mois, l'appareil plâtré définitif est mis en place. Pour cela il suffit de rouler des bandes plâtrées par dessus la botte et l'attelle.

Les deux pièces sont ainsi rendues solidaires. Puis l'enfant est envoyé à la campagne et ramené après cinq ou six mois. Pendant tout ce temps, il est inutile de faire des pansements.

Soins éloignés. — Après six mois de grand plâtre et d'immobilisation complète, l'enfant est laissé au lit, dépourvu de tout appareil pendant quelques jours. Il est envoyé au bain, quelques frictions alcooliques sont faites sur le membre malade, puis on fait une culotte plâtrée, prenant solidement le bassin et descendant jusqu'au genou et l'enfant est de nouveau renvoyé. Mais cette fois l'immobilisation n'est que relative, l'enfant peut marcher avec des béquilles et prendre un peu d'exercice.

C'est là un des principaux avantages de la méthode. Tandis qu'avec les soins ordinaires, le malade est condamné à près de deux ans en moyenne d'immobilité, soit par la traction continue, soit par le plâtre. Par notre méthode, cette période d'immobilisation ne dure que six mois. L'enfant peut bénéficier d'un peu d'exercice et du grand air ; il est mieux à même de refaire ses forces et de lutter contre la tuberculose et nous croyons que les résultats de la méthode tiennent en partie à cette immobilisation de peu de durée.

Il nous semble difficile et imprudent de traiter les coxalgiques ordinaires en leur permettant la marche, même avec un appareil plâtré et nous tirons argument, en faveur du curage de la hanche, de l'immobilisation relativement courte qu'il nécessite. Nous n'ignorons pas que dans certains traitements

conservateurs, en particulier dans le traitement de Lorenz, on laisse assez précocement marcher l'enfant avec une simple culotte plâtrée et à l'aide d'une canne ou une béquille, qui n'empêche pas le pied malade d'appuyer sur le sol. Lorenz prétend que le frottement des extrémités articulaires aide à la réaction osseuse et à la production plus rapide de l'ankylose.

Ceci paraît paradoxal et contraire à ce que nous apprend l'évolution de toutes les tuberculoses ostéo-articulaires, dans lesquelles l'ulcération de pression semble jouer un rôle considérable et jusqu'ici incontesté.

A la suite de voyages à Vienne, M. Vignard a essayé dans trois cas la méthode qu'il avait entendu préconiser par Lorenz lui-même. Il permit, au bout de quelques mois, la marche à quelques coxalgies d'ailleurs peu douloureuses et qu'il avait eu soin d'immobiliser dans une culotte plâtrée, prolongée par un tuteur métallique allant jusqu'au pied. Un de ces cas est précisément celui de l'enfant D..., qu'il fut obligé ensuite de réséquer pour des lésions désespérées et qui en mourut. Le deuxième fut celui d'une jeune fille de 13 ans, chez laquelle on assista à l'ascension du fémur, à la production d'un gros abcès, et finalement à des phénomènes d'infection tuberculeuse, avec albumine et œdème des jambes, qui entraînèrent la mort de la malade après dix-huit mois environ.

Le troisième cas est celui d'un garçon de 12 ans, présentant un état général excellent, avec énorme

embompoint. Chez celui-ci la tête fémorale glisse sur une cavité cotyloïde évasée, évidée par en haut, et actuellement, le malade présente un raccourcissement de 6 cm, la hanche est fixée, son état général est resté parfait, mais on a l'impression que l'exercice lui a été funeste au point de vue orthopédique et fonctionnel.

La méthode de Lorenz peut donner des résultats dans les cas de coxalgie légère, souvent douteuse et chez lesquelles, une immobilisation rigoureuse de quatre à six mois, a amené une amélioration qui ressemble déjà à une guérison.

Influence sur l'état général. — Il est surprenant de voir l'influence de cette opération sur l'état général des petits malades. Il n'y a ici rien de comparable aux suites d'une résection de la hanche ordinaire. Tandis que dans les résections anciennes, les enfants faisaient à grand peine les frais d'une suppuration interminable, avec le curettage suivi de plombage, on voit tout de suite l'état général se relever. Certains enfants ont été opérés, qui avaient de la fièvre, et des oscillations atteignant chaque soir 39°, dès les quinze jours, qui suivaient l'opération, on voyait l'état général s'améliorer et les enfants reprendre de l'embompoint. Cet heureux résultat reconnaît plusieurs causes. Il est dû en partie à l'évacuation des produits tuberculeux, en partie peut-être à l'influence de l'iodoforme. En somme, il est impossible de comparer les suites opératoires de la résection ordinaire avec les suites opératoires du curettage suivi de plombage.

CHAPITRE V

Suites éloignées. — Résultats.

La valeur du curettage de la hanche dans la coxalgie ne peut être jugée de façon définitive que par ses résultats éloignés. Il est évident que les suites immédiates sont bonnes, bien supérieures à celles que l'on observait anciennement à la suite des résections de la hanche.

Et cependant, M. Vignard a pratiqué le curettage pour des coxalgies graves, puisque toutes, sauf deux, présentaient des abcès, étaient des coxalgies suppurées. Elles n'avaient pas été améliorées par une immobilisation rigoureuse et quelques-unes avaient de la fièvre et un état général précaire.

Est-ce à dire qu'il faut appliquer le curettage à toutes les coxalgies? Non, car on sait que chez l'enfant, il n'est pas rare de voir guérir une coxalgie en quelques mois avec un retour presque *ad integrum* des fonctions de la hanche. M. Vignard est partisan de soigner les coxalgies pendant six mois, par les

méthodes ordinaires, c'est-à-dire avec une immobilisation rigoureuse. Au bout de six mois, l'enfant est délivré de son plâtre et laissé libre pendant quelques jours. S'il crie la nuit, s'il souffre, s'il se met en attitude vicieuse, s'il a de la fièvre et surtout si la radiographie montre une tête et un col partiellement détruit ou creusé de géodes, ou simplement un tissu osseux très raréfié avec un interligne articulaire en partie comblé, et, à plus forte raison, si on sent un abcès, il pratique la résection, car pour lui, cette opération amènera en deux mois l'enfant à un point où il arriverait à peine en dix-huit mois, par le traitement conservateur, et encore il aurait des chances de rechute, car nul ne peut dire que les lésions osseuses sont complètement éteintes.

Il est bien entendu qu'il peut être indiqué d'intervenir avant cette période de temps écoulé, si la coxalgie prend de la T, si l'état général s'altère, si l'enfant souffre beaucoup, si les ganglions de la fosse iliaque ont l'air d'augmenter. Ajoutons qu'à chaque examen, les données cliniques devront être contrôlées par la radiographie. Ce sont là les véritables indications du curettage. Cette opération est faite pour les cas où l'on eût appliqué jadis une résection trop large, pas assez aseptique et non suivie de plombage. Elle n'est pas faite pour les cas auxquels actuellement on réserve la résection, cas de coxalgies fistuleuses, infectées, pour lesquelles on tente une intervention presque désespérée.

Pour juger de la valeur du curettage, il ne faut pas le comparer aux résultats de la résection, telle que

nous venons d'en définir les indications. Il est plus juste de le mettre en parallèle avec la résection précoce, telle qu'on l'a pratiquée avec enthousiasme à un moment donné, et aussi avec le traitement conservateur dans les cas de coxalgie grave.

Les résultats ont-ils justifié la conduite tenue? — C'est que nous allons voir, et pour cela nous comparerons les résultats obtenus par cette méthode avec les résultats obtenus au moyen des anciennes résections. Pour ce faire, nous ferons de larges emprunts au travail de M. Vincent, paru dans les *Archives provinciales de Chirurgie* et portant sur 52 observations.

Enfin nous envisageons les résultats du curettage avec ceux de l'immobilisation simple, car nous avons dit que l'on a curetté des cas qui auraient peut-être guéri par la simple immobilisation. Autrement dit, nous aurons à envisager les résultats dans les cas de gravité moyenne et dans les cas très graves.

Cas de gravité moyenne. — Résultats obtenus par l'immobilisation.

Ollier et la plupart des chirurgiens français, sont d'accord en disant que le résultat orthopédique d'une coxalgie guérie par ankylose osseuse ou ostéofibreuse serrée, est, dans la majorité des cas, supérieur à celui de la résection : « Le membre est plus long (Ollier), plus solidement fixé, et le sujet marchera mieux dans l'avenir. » Ollier n'envisage la

résection que comme un pis-aller « on ne sait jamais d'avance les limites des altérations osseuses et on ne peut être sûr de les franchir par la résection, de sorte que nous croyons qu'il vaut mieux s'abstenir de toute intervention directe sur les maladies, dans les cas où la guérison naturelle paraît encore pouvoir être obtenue... les malades qui ne peuvent pas s'ankyloser (et il n'est pas toujours en notre pouvoir d'arriver à ce résultat malgré l'immobilisation prolongée de l'articulation) sont les plus exposés aux récurrences. »

Donc, dans les formes ordinaires de la coxalgie, le meilleur résultat que l'on puisse obtenir par l'immobilisation est l'ankylose serrée. Ce résultat, on peut l'obtenir par l'immobilisation en plâtre ; et, lorsque le malade commencera à marcher il faudra le munir d'un tuteur orthopédique au moins pendant une année, sinon on s'exposera aux récurrences. De plus, le malade n'aura pas toujours un bon résultat fonctionnel. La boiterie sera faible si l'ankylose a lieu sans raccourcissement, mais si la cavité cotyloïde est érodée dans sa partie postéro-supérieure, le raccourcissement, sera parfois considérable, la marche mauvaise, la fatigue rapide, le malade sera presque infirme.

Cas graves. — Résultats obtenus par la résection

Voyons maintenant ce que peut donner la résection réservée aux cas graves.

Sur 28 cas, où Vincent est intervenu pour de la tuberculose pure, l'opération a eu lieu en moyenne vingt mois et demi après le début de l'affection, c'est-à-dire après vingt mois et demi d'immobilisation.

Après la guérison de la résection, il a fallu immobiliser les malades pendant des mois avec un appareil plâtré ou silicaté, le tuteur étant insuffisant.

La mortalité totale après résection (suppuration, généralisation) a été de 25 0/0.

La mortalité par continuation de la coxalgie, malgré la résection, ou par suppuration persistante ayant amené l'épuisement a été de six cas, soit 11.51 0/0.

Les résultats éloignés ont été les suivants :

Sur 17 cas, datant de plus de trois ans :

6 se sont terminés par ankylose.

11 — mobilité.

8 ont eu des fistules persistantes.

9 ont guéri sans fistules.

Sur 7 cas, datant de un à trois ans :

3 suppurent.

4 ne suppurent plus.

5 sont guéris avec ankylose.

Au point de vue fonctionnel, Vincent a obtenu :

Cas datant de 3 à 10 ans

<i>11 avec mouvement</i>	<i>6 avec ankylose</i>
Attitude : 7 fois normale.	Attitude : 1 bonne.
1 adduction moyenne	4 adduction légère.
2 adduction énorme.	1 adduction énorme.
Raccourcissement fonctionnel :	Raccourcissement fonctionnel :
6 à 14 centimètres.	1 à 7 centimètres.
Marche : 3 bonne.	Marche : 5 bonne.
5 mauvaise (béquilles)	
Fistules : 4 fistule.	Fistules : 3 sans fistule.
5 sans fistule.	

Cas peu anciens datant de 1 à 3 ans.

<i>2 avec ankylose</i>	<i>2 avec mouvement</i>
Attitude : 1 bonne.	Attitude : 2 abduction.
1 assez bonne.	
Raccourcissement fonctionnel :	Raccourcissement fonctionnel :
2 à 3 centimètres.	Presque nul.
Marche : 2 bonne.	Marche : Bonne avec soutien.
Fistules : 1.	Fistules : Néant.

Vincent appelle raccourcissement fonctionnel celui qui répond à la différence de hauteur des malléoles.

Résultats dans le Curettage de la Hanche suivi de Plombage.

M. Vignard a pratiqué en tout 13 curettages de la hanche. La plupart de ces cas sont trop récents pour

que nous puissions en tenir compte. Nous retiendrons seulement six observations, datant de 6, 19, 14, 16, 17 et 20 mois. Les six cas ont donné les résultats suivants :

Temps écoulé depuis l'intervention :

6, 20, 16, 14, 17 et 19 mois.

Raccourcissement nul : 2 fois.

2 cm., 1 cm. 5, 5 cm. 5, 2 cm.

Attitude : Bonne dans 3 cas.

Flexion légère dans 3 cas;

Légère adduction, 1 fois.

Légère abduction, 1 fois.

Flexion et rotation légères, 1 fois.

Marche : Bonne dans tous les cas.

Nombre de pansements : 3 à 8.

Mouvements : Ankylose complète, 1 fois.

Pas de limitation, 2 fois.

Abduction et adduction limitées, 2 fois.

Extension limitée, 2 fois.

On ne peut donc pas comparer ces résultats avec ceux fournis par la résection de la hanche. Dans deux cas, nous avons un résultat fonctionnel à peu près parfait. Dans un cas seulement le raccourcissement a été de 5 cm. 5. Il s'agissait d'un cas très grave avec lésions osseuses étendues, destruction de la capsule et luxation de l'extrémité fémorale. Le raccourcissement ne peut donc pas être mis entièrement sur le compte de l'opération.

Quant à la suppuration, la guérison après le curettage est vraiment surprenante; dans un seul cas, on a été obligé de faire huit pansements; dans un cas, trois ont suffi pour aboutir à la cicatrisation. Donc, à tous les points de vue, le résultat du curettage est de beaucoup supérieur à celui de la résection.

Le résultat du curettage est-il supérieur à celui obtenu par l'immobilisation ?

Encore là, le curettage offre de grands avantages. On ne peut espérer obtenir la guérison de la coxalgie qu'après une immobilisation de deux ans en moyenne. Nos opérés n'ont été immobilisés que pendant six mois dans un grand plâtre; après ce temps, ils ont pu marcher avec une culotte plâtrée.

Au point de vue de la valeur fonctionnelle, les opérés ont un membre pourvu de mouvements, tandis qu'avec l'immobilisation ils auraient eu un membre ankylosé, si toutefois on avait pu arriver à ce résultat. Chacun sait combien les coxalgies mal ankylosées sont sujettes à de nouvelles poussées, on ne peut jamais espérer une guérison radicale au point de vue tuberculeuse; le curettage, au contraire, en supprimant le foyer tuberculeux, permet de croire à une guérison complète. Nos réséqués ont une hanche absolument indolore et où la maladie semble complètement éteinte.

Attitude Vicieuse après le Curettage

De nos observations, on peut conclure que les coxalgiques, après le curettage, ont une tendance

générale à se mettre en flexion. Deux de nos malades, qui ont été immobilisés par une culotte plâtrée, n'ont pas présenté cette attitude vicieuse. Cette attitude en flexion est commune aussi aux résections et se trouve dans toutes les affections de la hanche. C'est pour lutter contre elle que nous pensons qu'il faut faire porter une culotte plâtrée pendant douze à dix-huit mois après l'opération.

Indications du Curettage.

Les résultats du curettage sont si encourageants que l'on peut sans doute en étendre les indications. — Les indications anciennes posées par Ollier : Suppurations persistantes, douleurs ne se calmant pas par l'immobilisation, semblent trop étroites et nous dirons que l'on peut pratiquer le curettage dans les cas suivants :

1^{er}. Coxalgie ne présentant pas une amélioration notable après un traitement de six mois par les méthodes ordinaires.

2^o. Coxalgie suppurée et fistulisée. Ces cas sont les moins favorables, car la fistulisation a donné lieu à des infections secondaires. On ne peut plus compter sur une cicatrisation aussi rapide que dans les coxalgies fermées, et l'on se rapproche des résections non suivies de plombage.

3^o. Coxalgie suppurée non ouverte. Ces cas sont susceptibles de donner d'excellents résultats.

4°. Coxalgie très douloureuse.

5°. Coxalgie où la radiographie montre des lésions osseuses nettes et dont le traitement conservateur ne viendra à bout qu'après un temps très long et qui gardera des menaces de récurrence.

OBSERVATION I

Coxalgie droite avec abcès fermé. — Mal de Pott dorso-lombaire guéri. — Ostéite du tibia gauche avec abcès fermé.

B... Auguste, 14 ans. Entré à Saint-Augustin le 18 novembre 1907. Parents morts tuberculeux. Rougeole à 6 ans. Mal de Pott, traité à Genève pendant quatre ans et guéri avec une énorme gibbosité. L'affection actuelle daterait de *trois mois* ; elle a débuté par des douleurs dans la hanche droite et de de la boiterie ; mais, en réalité, l'enfant se fatiguait depuis longtemps, très facilement, et se tenait toujours en position hanchée sur la jambe gauche. Il y a dix jours, apparition de violentes douleurs nocturnes ; la marche devient presque impossible.

A l'entrée. — Ensellure lombaire très prononcée. Pas de douleurs au repos ; par contre, tous les mouvements sont extrêmement douloureux. La jambe droite entraîne le bassin. Rien au toucher rectal. Abcès à la partie externe du triangle de Scarpa, remontant jusque dans le bassin. Du fait de la flexion irréductible de la cuisse, la mensuration est vaine. On fait une ponction, sans injection modificatrice ; le trocart arrive sur une surface osseuse dénudée, qui est probablement la face antérieure de la tête fémorale.

Radiographie : raréfaction de la tête et du col, avec séquestration probable et séparation de ces deux parties.

7 novembre. — Intervention. Incision antérieure, ouverture d'un gros abcès, qui soulève le psoas ; nettoyage de la poche de l'abcès. Incision verticale de la capsule articulaire ; ablation de la tête fémorale ramollie et dont le cartilage est soulevé ; on trouve un gros séquestre sur le bord antérieur de l'os iliaque, au-dessus de l'E. I. A. I., avec abcès allant dans le bassin, qu'on évacue et qu'on nettoie. Autre séquestre au-dessus et en dehors de la cavité cotyloïde. Assèchement long et minutieux à l'air chaud et à la

trompe à eau. On remplit les cavités au mélange de Mosetig. Sutures. Fermeture complète. Plâtre en abduction. Attelle antérieure avec traction continue.

9 novembre. — Un peu de température. On ponctionne dans la région antéro-latérale de la hanche, vers la portion inférieure de l'articulation, et on retire une assez grande quantité de liquide lie de vin.

Cette ponction est renouvelée deux fois, à trois jours d'intervalle. La température s'est rapidement localisée entre 37° et 38°, après une ascension de deux jours entre 38° et 39°. Six jours après son opération, le malade était apyrétique.

8 février 1908. — Il est apparu vers la face interne du genou un abcès du volume d'une grosse mandarine. Cinq ponctions suivies de cinq injections d'éther iodoformé sont restées sans résultat. Incision de la poche. Curetage. Découverte, sur la face interne du tibia, d'un point d'ostéite qui correspond à un tubercule s'enfonçant profondément dans le tibia, jusque sous le cartilage de conjugaison. On y rencontre du pus et de petits séquestres. La peau est largement décollée. Nettoyage de la cavité ; on y coule du mélange de Mosetig. Suture.

Au premier pansement, qui a été fait dans les huit jours, la plus grande partie de la suture a cédé et le mélange est en grande partie dans le pansement. Il en reste un peu dans la cavité qui, à partir de ce jour, se comblera comme si elle eût été traitée par un procédé ordinaire, avec cette différence toutefois, qu'il a suffi de cinq ou six pansements.

13 mai. — On a enlevé le plâtre, et la radiographie de la hanche montre que le reliquat du mélange est égal environ au volume d'une noisette. Le col est contenu dans l'intérieur d'une cavité cotyloïde, dont les contours osseux sont mal définis. Les mouvements passifs de la hanche sont libres, quoique limités, mais le malade ne fait pas encore de mouvements actifs. Le malade est remis en plâtre.

11 juillet. — Les mouvements de la hanche sont limités dans le sens de la flexion et de l'abduction, mais indolores. Le malade se tient debout et marche sans aucun appui avec une gêne insignifiante. Il a engraisé énormément et son état général actuel contraste de façon saisissante avec la maigreur et la teinte cireuse qu'il présentait à son entrée dans le service.

D'ailleurs, dans la semaine qui a suivi la résection, son appétit a augmenté et s'est maintenu excellent jusqu'à ce jour.

Il y a un centimètre et demi de différence dans la largeur entre le membre sain et le membre réséqué. Il est presque impossible de ramener exactement les deux épines iliaques sur la même ligne transversale, en raison de la déformation considérable de la colonne vertébrale, du fait du mal de Pott guéri.

L'épine iliaque du côté opéré, reste toujours un peu plus basse que celle du côté sain. Pour des raisons déjà indiquées, la mensuration du membre n'avait pu être faite à l'entrée.

15 octobre. — L'enfant est allé aux convalescents pendant trois mois, avec une culotte plâtrée et des béquilles.

A son retour, nous le trouvons un peu maigri, sa hanche est toujours sèche et indolore, il fait lui-même des mouvements de flexion, d'extension, et surtout d'abduction étendues, qui montrent qu'une néarthrose paraît s'être constituée. La mensuration montre que la longueur respective des deux membres ne s'est pas modifiée.

La culotte plâtrée est enlevée et l'enfant est gardé salle Saint-Augustin. On le fait marcher avec des béquilles, puis avec une canne, et enfin sans aucun soutien.

Depuis cette époque, l'enfant n'a porté aucun tuteur, ni aucun appareil plâtré.

20 mai 1909. — La colonne vertébrale ayant l'air de s'infléchir, on fait un corset plâtré.

1^{er} juillet. — Il est impossible d'examiner complètement l'enfant, à cause de son corset plâtré. La mensuration de la symphyse pubienne à la malléole interne donne un raccourcissement de deux centimètres du côté malade. La rotation externe ou interne est facile, pas trace d'ankylose. L'adduction et l'abduction ne semblent pas limitées.

Pendant la marche, légère boiterie due au raccourcissement et à une ankylose presque complète du genou du même côté. L'enfant est debout toute la journée et n'éprouve jamais aucune douleur dans la hanche. Pas trace de flexion de la cuisse sur le bassin.

OBSERVATION II

Coxalgie droite.

Rampon Marius, 5 ans. Entre à Saint-Augustin le 9 octobre 1907, parce que, depuis quelque temps, il se fatigue facilement et boite dès qu'il a un peu marché.

A l'entrée. — Les mouvements de flexion de la cuisse sur l'abdomen sont conservés, mais l'abduction est limitée et douloureuse.

Pas d'ensellure. Ganglions nombreux dans la fosse iliaque.

Toucher rectal. — La pression sur la face interne du bassin est douloureuse à droite.

Inégalité du rythme de la marche très appréciable.

2 novembre. — Très légère ensellure, mais aucune déformation et aucune atrophie du membre inférieur.

A la radiographie, la cavité cotyloïde est moins nette à droite qu'à gauche. Le noyau épiphysaire de la tête du côté droit semble décollé, et l'espace noir qui correspond à la séparation de l'épiphyse est agrandi à sa partie inférieure, comme si le noyau épiphysaire était soulevé.

17 décembre. — L'enfant part avec un plâtre.

15 avril 1908. — Aujourd'hui, bien que la situation ne paraisse pas s'être aggravée, la radiographie dénote une raréfaction considérable de la tête fémorale et du col, dont les contours sont à peine indiqués. La cavité cotyloïde s'est très légèrement agrandie dans le haut, et il semble qu'au niveau de son toit, on aperçoive un petit point osseux, séparé du tissu voisin.

23 avril. — Intervention. Résection de la hanche par voie antérieure. On trouve d'abord un petit abcès de la gaine du psoas.

A l'ouverture de la capsule s'échappent de nombreuses fongosités, que l'on curette. On arrive alors sur la tête fémorale dont

le cartilage est soulevé et décollé, et qui montre un point dénudé à sa partie antéro-inférieure. La curette pénètre par là très facilement dans la tête, qui est évidée, et dont le tissu donne la sensation du bois mort. Point purulent dans la tête qu'on résèque, sauf dans sa partie supérieure, où elle forme comme une sorte de bec, qui reste accroché dans la cavité cotyloïde.

On ne trouve pas de lésions du cotyle ni de l'os iliaque.

La cavité de résection reçoit environ 100 grammes de mélange de Mosevig. Puis le membre est fixé en légère abduction et rotation interne, de façon à présenter la tête fémorale dans la cavité cotyloïde.

Attelle plâtrée antérieure en traction continue. La température a marqué 39° le 24 avril au soir et 38°9 le 27 avril au soir. En dehors de ces deux poussées, elle n'a jamais dépassé 37°8 pendant le mois qui a suivi et après lequel on a cessé de la prendre.

30 avril. — Il s'est fait une grosse exsudation, qui n'est pas du pus, mais apparaît comme le sérum du mélange ; on met un drain en dehors de la ligne de suture. Pas d'hématome.

16 mai. — On panse aujourd'hui le malade. Pas de suppuration, mais la plaie n'est pas encore cicatrisée à sa partie supérieure. La mensuration des deux membres donne 54 centimètres. La hanche présente des mouvements et le malade soulève lui-même son membre au-dessus du plan du lit. Il a été fait en tout trois pansements.

La radiographie montre que la tête est solidement fichée dans la partie supérieure d'une cavité cotyloïde agrandie et dont le fond est occupé par une masse de mélange. L'enfant part en convalescence avec un plâtre, des béquilles et un soulier très élevé du côté opposé.

Après l'opération, l'enfant a été mis en traction pendant un mois. Puis, il a porté un grand plâtre pendant sept mois. Après quelques jours de repos, on lui a fait porter une culotte plâtrée pendant trois mois.

20 juin 1909. — L'enfant marche depuis un mois. Il ne présente pas de raccourcissement. La démarche est presque normale, seulement l'enfant a la hanche un peu raide. Il se tient debout sur la seule jambe malade, il se lève sur la pointe des pieds et se laisse tomber brusquement sur les talons, sans éprouver aucune douleur.

Il lance la jambe en avant très facilement.

Examiné couché, l'enfant ne présente aucune attitude vicieuse de son membre, l'extension est complète.

L'absence de flexion de la cuisse sur le bassin est sans doute due à la longue immobilisation que l'on a fait suivre au malade.

En somme, dans ce cas le résultat est à peu près parfait.

OBSERVATION III

Coxalgie gauche.

Pire Noël, 8 ans. Entre à Saint-Augustin le 28 octobre 1907. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Bronchite à l'âge de 3 ans, pour laquelle il fut soigné à la Charité.

A l'entrée. — L'enfant boite et se plaint du genou gauche, dont il souffre depuis un mois environ. Ensellure lombaire. Difficulté des mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin. Impossibilité de l'abduction. Pus, ganglions inguinaux et iliaques. Douleur au toucher rectal sur le fond du cotyle.

La radiographie montre que la tête est en partie détruite ; la face supérieure du col est entamée et le col lui-même s'est un peu incurvé en *coxa vara*.

2 novembre. — La pression dans le triangle de Scarpa et sur le trochanter est devenue extrêmement douloureuse. On note un centimètre de raccourcissement à gauche et une atrophie manifeste de la cuisse.

10 janvier 1908. — Appareil à point d'appui ischiatique.

25 janvier. — L'enfant part avec un plâtre et un appareil.

16 février. Depuis qu'il a son appareil, l'enfant n'a pas marché mais son genou a enflé et il souffre beaucoup de la hanche.

La radiographie montre que la tête est très raréfiée.

27 février. — Intervention. Incision antérieure ; elle conduit sur une synoviale gonflée qu'on incise et d'où s'échappent environ deux verres à liqueur d'un pus épais. Le doigt passé sur la tête ne sent pas d'érosions du cartilage. La tête est alors attaquée à la curette, et sous le cartilage, à la partie supérieure, elle est en grande partie séquestrée ; on finit de l'enlever et on coule 50 gr. de mélange de Mosevig dans la cavité.

Drainage, suture.

Attelle plâtrée. Cinq jours après l'opération, apyrexie complète.

12 mars. — Depuis l'opération, l'enfant va très bien et a repris un excellent appétit.

3 septembre. — On enlève le plâtre. La cicatrisation est complète. On a fait en tout six pansements depuis le jour de l'opération, pansements nécessités par la turbulence de l'enfant qui avait brisé son attelle et déplacé les bandes.

La hanche présente des mouvements actifs, quoique limités, de flexion et d'abduction. A droite 59 centimètres ; à gauche 58 centimètres.

On lui fait un grand plâtre.

15 Janvier 1909. — Le grand plâtre est enlevé et l'enfant laissé libre.

20 Juin 1909. — Les résultats de l'examen sont alors les suivants :

Raccourcissement de la malléole interne à l'E. I. A. I., à gauche 59 centimètres et demi, à droite 60 centimètres et demi.

Attitude : Le membre est en légère rotation externe avec légère flexion de la cuisse sur le bassin ce qui donne au membre un allongement apparent assez considérable. La flexion de la cuisse sur le bassin est d'environ 15°.

Mouvements passifs : L'abduction est possible dans de faibles limites à environ 25° . L'adduction est à peu près nulle.

Mouvements actifs : L'extension est presque complète, sauf à sa limite où elle est limitée de environ 15° par la flexion de la cuisse sur le bassin. Légère ensellure lombaire. Cette flexion est bien compensée et l'enfant marche assez bien. Cependant dans la

marche il immobilise la hanche, ce qui tient sans doute au manque d'habitude. Etendu sur le dos, l'enfant lève le membre inférieur gauche à angle droit. Dans la station verticale, il lance rapidement la jambe en avant, se tient sur la seule jambe malade.

La hanche est absolument indolore : légère atrophie de la cuisse.

On va faire au petit malade une culotte plâtrée pour empêcher la flexion de la cuisse sur le bassin d'augmenter. Cette flexion est sans doute due à ce que l'enfant a été laissé de janvier à juin sans appareil.

OBSERVATION IV

G... Marius, 11 ans. Entre à Saint-Augustin le 7 octobre 1907. Parents vivants et en bonne santé; quatre frères ou sœurs se portant bien; un frère mort de méningite à 18 ans. Coqueluche à 4 ans. L'affection actuelle a débuté il y a 5 mois, par des douleurs dans la cuisse et dans la hanche droite; l'enfant se fatiguait rapidement. Depuis huit jours il ne peut plus marcher.

A l'entrée : L'enfant souffre beaucoup et reste couché sur le côté gauche en chien de fusil. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale droite sont difficiles et douloureux. Ensellure lombaire très nette. A la palpation, on sent dans la fosse iliaque droite un léger empâtement profond, mais non fluctuant. Au toucher rectal, le fond de la cavité cotyloïde, n'est pas très douloureux. Plâtre.

9 Janvier 1908. — L'enfant est sorti du plâtre. La jambe droite est en adduction et rotation externe et mesure 67 centimètres, la gauche 70 centimètres. On sent, au-dessus de l'E. I. A. I. un gros abcès occupant une longueur d'environ 10 centimètres et remontant dans la fosse iliaque interne.

Pas trace d'ankylose. La radiographie montre une cavité coty-

loïde à fond très raréfié et une tête fémorale presque détruite et remontée dans la fosse iliaque.

Ponction d'un gros abcès.

1^{er} Février. — Intervention. — L'incision antérieure vide d'abord un énorme abcès antéro-externe. On resèque la tête luxée et l'on trouve une cavité cotyloïde désunie : les fragments constituant l'os iliaque paraissent être séparés et le doigt pénètre dans le bassin. On coule du Mosetig dans la cavité. Drainage en dehors de la ligne des sutures.

La température a oscillé entre 37° 5 et 38° 6, pendant huit jours, puis, ensuite, apyrexie complète.

23 Mai. — Dans les deux semaines qui ont suivi l'opération, on a fait trois ou quatre pansements et enlevé le petit drain qu'on avait laissé. Aujourd'hui seul persiste l'orifice de ce drain par lequel s'écoule une sérosité claire.

23 Juillet. — Localisation à peu près complète. Il existe encore une petite fistulette. Il persiste une fausse ensellure et un gros empâtement dans la fosse iliaque droite. Les mouvements du membre inférieur droit entraînent le bassin. Les dimensions relatives des deux membres inférieurs accusent une différence de 2 centimètres 5.

27 Juillet. — Radiographie : Tête fémorale implantée dans une cavité très largement détruite par en haut, avec de fines lésions de l'os iliaque. Une petite quantité de mélange a passé dans le bassin par la perforation de la cavité cotyloïde. Une autre partie se trouve sous la peau. Le malade quitte le service avec un grand plâtre, et peut être considéré comme guéri avec ankylose.

Il y a eu en tout huit pansements.

1^{er} juillet 1909. — Après six mois on a enlevé le grand plâtre et on l'a remplacé par une culotte plâtrée, s'arrêtant au-dessus du genou. Le malade revient de nouveau dans le service.

L'examen fonctionnel donne les résultats suivants : il y a une légère flexion de la cuisse sur le bassin d'environ 15°, ce qui donne une légère diminution dans l'extension. A part cette légère diminution dans l'amplitude du mouvement, la flexion et l'extension se font facilement sans douleur, l'enfant étendu sur le dos lève le membre inférieur à angle droit.

L'adduction est limitée, elle se fait jusqu'à ce que le condyle

externe du fémur atteinne la ligne médiane. La tête fémorale ayant été réséquée, l'extrémité du fémur est fixée dans la fosse iliaque externe, ce qui facilite l'adduction.

La rotation est possible.

Le raccourcissement fonctionnel est de 5^m5.

L'enfant marche avec une légère boiterie, la hanche est absolument indolore. L'enfant donne un coup de pied avec la jambe malade, et se tient debout, sans aide, sur la seule jambe malade.

On va lui faire une nouvelle culotte plâtrée pour empêcher la flexion d'augmenter.

OBSERVATION V

M. Pierre, 5 ans et demi, entre le 23 octobre 1907, pour une coxalgie droite.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle, rougeole à 2 ans et demi.

L'affection actuelle date de sept mois. L'enfant serait tombé dans un escalier et aurait souffert depuis dans la cuisse droite et dans la hanche du même côté.

A l'entrée. — Pas de douleur spontanée dans la hanche, mais la flexion de la cuisse sur l'abdomen est très limitée, de même par l'abduction. Pas d'ensellure lombaire. Empâtement ganglionnaire très profond dans la fosse iliaque droite.

La radiographie montre une raréfaction assez nette du tissu osseux du col du fémur droit, qui paraît présenter deux cavités, contenant un point plus obscur qui fait songer à un séquestre.

29 octobre 1907. — On met un plâtre à l'enfant.

2 janvier 1908. — L'enfant revient dans un état satisfaisant, pas d'abcès, ni d'ensellure. Les mouvements sont toujours limités. On trouve de la douleur et un peu de tuméfaction à l'union

du col et du grand trochanter. Les taches claires, vues dans le col et qui semblaient des séquestres se sont assombries, on dirait que l'os est en voie de se reformer,

30 Janvier 1908. — Plâtre.

2 Juin. — Le membre inférieur droit est très atrophié. L'enfant marchait avec des béquilles. Pas de raccourcissement ni d'ensellure lombaire. Douleur à la pression au niveau du grand trochanter, le long du sciatique et au niveau du genou qui ne peut être fléchi : on voit à la partie la plus interne du col, une des cavités signalées, formant une sorte d'encoche.

15 Juin. — On fait un plâtre.

15 Janvier 1909. — L'enfant revient ; le plâtre sorti, la cuisse se met en flexion à 45° environ, avec rotation externe ; toujours de gros ganglions dans l'aîne et la fosse iliaque droite. Les mouvements sont douloureux aussi par la pression sur l'articulation.

La radiographie qui a été prise en rotation externe prononcée, donne pas de renseignements, la tête se présentant de face. On fait une botte plâtrée et une traction.

16 Janvier 1909. — Intervention. — Évidement de la tête, qui, à sa partie inférieure, présente une zone jaunâtre, à tissu très rarifié. On enlève toute la partie inférieure de la tête, avec le ligament rond, donnant à l'ensemble de l'extrémité supérieure du fémur l'aspect d'une cavité sigmoïde du cubitus. On curette la cavité cotyloïde et on tamponne.

Plombage deux jours après.

12 Mars 1909. — On fait le deuxième pansement. Cicatrisation complète. Plâtre complet.

17 Mars. — L'enfant quitte le service.

16 Juin. — L'enfant revient de Longchêne.

1^{er} Juillet. — Hanche sèche, pas d'ensellure, attitude en abduction légère, pas de flexion de la cuisse sur le bassin, flexion possible jusqu'à 45°, abduction et adduction possible dans de faibles limites. Hanche non douloureuse. Pas de raccourcissement.

OBSERVATIONS VI

G... Antoine. 8 ans. Entre à Saint-Augustin le 16 mai 1906. L'affection actuelle est rapportée à une chute faite l'an dernier au mois de mai. L'enfant a commencé à souffrir dans la hanche vers le mois de novembre et la douleur a augmenté peu à peu, surtout dans les mouvements; la nuit elle réveillait souvent le malade.

A l'entrée : Impotence fonctionnelle presque complète, mais la douleur a disparu.

A l'examen : atrophie musculaire du membre inférieur droit; pas de raccourcissements, le membre est en flexion et abduction, ensellure lombaire ne pouvant être corrigée que par la flexion de la cuisse à 20° environ. Les mouvements imprimés au membre inférieur entraînent le bassin, les mouvements ne sont pas douloureux, sauf dans l'exagération de l'abduction; pas de douleur non plus aux chocs sur la plante du pied, mais vive réaction au choc sur le grand trochanter; pas de points douloureux à la palpation; par d'abcès; glandions inguinaux bilatéraux.

Au toucher rectal, on ne sent pas d'abcès, mais la pression du côté droit, au niveau du fond du cotyle, produit une assez forte douleur. Plâtre.

En décembre 1906. — L'enfant est ramené. Etat de la hanche stationnaire. Toutefois, la radiographie montre que le cotyle s'est évasé et que le fémur est remonté.

31 mai 1907. — L'enfant est ramené avec un abcès dans le triangle de Scarpa à sa partie externe; rien à la fesse, rien dans le bassin. Douleurs qui font crier le malade la nuit. Il a marché avec son appareil.

8 septembre. . L'abcès ne se tarit pas. La radiographie montre une destruction de plus en plus complète de la tête fémorale.

22 décembre. — Intervention. L'incision antérieure, entre le tenseur du fascia lata et le couturier, conduit dans une poche

d'abcès qui file entre les adducteurs. La sclérose des tissus rend pénible l'abord de l'articulation. On incise la capsule, mais il est impossible d'extraire dans sa totalité la tête fémorale, à cause de sa friabilité; elle s'écrase comme une éponge sous la curette; pourtant, on l'évide dans sa totalité, en ne laissant subsister que sa coque cartilagineuse et les lames postérieure et inférieure du col. Le canal médullaire fémoral est ouvert et verse dans la cavité une moelle rougeâtre et purulente. Par l'intérieur de la tête, on arrive sur le fond de la cavité cotyloïde, qui n'est pas perforé et que l'on curette.

La portion du canal médullaire, visible dans la plaie et toute la cavité de la tête, reçoit environ 70 grammes de mélange de Mosetig. On suture en laissant un gros drain dans l'abcès. Pendant quatre jours, la température a oscillé entre 38° et 39°. Puis elle est retombée 37° et n'a plus dépassé 37°6, sauf pendant deux jours, à la fin de janvier, du fait d'une petite angine.

25 mars 1908. — L'enfant part à Longchêne.

26 Mai. — Retour du malade.

5 Juin. — L'enfant revient complètement cicatrisé. La hanche et le bassin paraissent fixes. Le membre inférieur droit à deux centimètres de raccourcissement. Il persiste une petite fistulette dans le pli inguino-crural. On fait du chauffage de l'articulation par la méthode de Bier.

15 Octobre. — On lui fait une culotte plâtrée, un soulier très élevé du côté opposé et il part chez lui avec des béquilles. Il a été fait quatre pansements.

6 Novembre 1908. — On enlève le plâtre, la hanche est sèche, non douloureuse et en bonne attitude. La fistule qui donnait un peu est tarie. Quelques petits mouvements légers.

11 Juin 1909. — L'enfant revient avec de la flexion légère, à 40° environ, de la cuisse sur le bassin. Légère adduction. La hanche est complètement ankylosée.

CONCLUSIONS

D'une manière générale, l'asepsie est trop négligée dans le traitement des lésions osseuses suppurées ou non. Dans ces dernières, elle est susceptible de modifier les résultats opératoires aussi radicalement qu'elle les modifie dans les interventions abdominales.

En ce qui concerne les articulations où la résection laisse des espaces béants et des surfaces suintantes, le mélange de Mosetig est un auxiliaire indispensable de l'opération aseptique. Il comble les cavités, diminue le suintement sanguin, lutte puissamment in loco contre le développement du bacille de Koch et contre les autres genres d'infection, sollicite activement la reconstitution de l'état général.

L'expérience semble montrer que la coxalgie, maladie osseuse de traitement long, de résultats esthétiques et fonctionnels médiocres dans les formes graves, est susceptible de voir adoucir ce traitement et améliorer ces résultats par le curettage suivi de plombage.

Le Président de la Thèse,
ROLLET

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 12 juillet 1909.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

- 1867 OLLIER. — Traité de la régénération des os.
- 1885 OLLIER. — Traité des résections.
- 1894 VALLAS. — Greffe osseuse fragmentaire.
Province Médicale, n° 17.
- VINCENT. — Contribution clinique à l'étude de la résection pathologique de la hanche.
Archive Provinciale de Chirurgie.
- 1904 VON MOSETIG MOORHOF. — Traitement de la tuberculose articulaire. *Wiener Klinische Wochenschrift*.
- Oblitération des cavités osseuses. *Wiener Klinische Wochenschrift* 1906.
- BÉRARD et THÉVENOT. — De l'oblitération des cavités osseuses pathologiques d'après la méthode Mosetig-Moorhof. *Rev. Orthopédie* 1904.
- 1903 Du Plombage iodoformé des os. *Th. Lyon* 1903.
- 1908 VIGNARD, BERARD, NOVÉ-JOSSERAND. —
Soc. Chirurgie de Lyon. Discussion.
- COMMANDEUR. — Résultats éloignés de la résection de la hanche. *Lyon Médical*.
- COLLENEL. — *Thèse de Lyon*. Contribution à l'étude de l'oblitération des cavités osseuses par le mélange de von Mosetig.
- Congrès français de Chirurgie.
- GRUBER. — Le plombage iodoformé dans les résections. *Thèse de Lyon*. 1908.
- VIGNARD et GRUBER. — *Lyon Chirurgieal*. 1908.
-

